Aus der Königlichen Universitäts-Frauenklinik zu Breslau.
Direktor: Geheimer Medizinalrat Professor Dr. Küstner.

Die Hystereuryse (Tokokinese) bei Placenta praevia.

(Poliklinische Beobachtungen.)

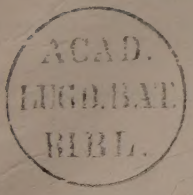
Inaugural-Dissertation

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Königl. Universität zu Breslau

zur

Erlangung der Doktorwürde



in der

Medizin und Chirurgie

vorgelegt von

Margarete Friedrich.

Breslau 1909.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.
Referent: Prof. Dr. Küstner.

Ponfick, Prodekan.

Meinen lieben Eltern!

Über Placenta praevia-Behandlung ist schon viel geschrieben worden.

Auch die Tokokinose ist öfter Gegenstand von Erörterungen gewesen. Wenn trotzdem in dieser Arbeit noch einmal das Wort für sie ergriffen wird, so liegt das daran, daß trotz aller Veröffentlichungen die Hystereuryse sich in der Praxis noch nicht eingebürgert hat, so daß es berechtigt ist, weitere Beiträge zur Kenntnis ihrer günstigen Erfolge zu liefern. Denn über die Brauchbarkeit einer Methode entscheiden die tatsächlichen Erfolge, wie sie am besten aus größeren Statistiken zu ersehen sind.

Diese Arbeit behandelt die Placenta praevia-Fälle der Breslauer Poliklinik von 1894—1909.

Neben der Hystereuryse sind auch andere Methoden zur Anwendung gelangt. Ehe auf die Statistik dieser ganzen Fälle eingegangen wird, soll noch einmal eine kurze Übersicht der überhaupt bei Placenta praevia in Betracht kommenden Methoden erfolgen. Man teilt sie am übersichtlichsten ein in:

1. Blutige Eingriffe.
2. Unblutige Eingriffe.

Während die letzteren von jedem Geburtshelfer in seiner Praxis ausgeübt werden können, haben die ersteren nur für eine Klinik Geltung. Es gehört hierher hauptsächlich der vaginale Kaiserschnitt, wie ihn Krönig für einen nicht unbeträchtlichen Teil der Fälle noch vor kurzem empfohlen hat, während er bei anderen wieder den klassischen Kaiserschnitt befürwortet[1]) und endlich der extraperitoneale Kaiserschnitt, für welchen Sellheim neuerdings eintritt.[2])

[1]) Krönig, Behandlung der Placenta praevia, Z. f. G. No. 46 1908.
[2]) Münchener Medizinische Wochenschrift No. 4 1909.

Schon das beschränkte Anwendungsgebiet dieser Methoden ist ein großer Nachteil, denn wenn Krönig auch im Anschluß an Fehling für eine Trennung der Geburtshilfe in eine solche der Praxis und der Klinik eintritt,[1]) so muß doch zugegeben werden, daß dies sich kaum durchführen lassen würde, ganz abgesehen davon, daß überhaupt keine zwingende Notwendigkeit dazu vorhanden ist. Denn wenn es auch natürlich viele Fälle geben wird, die nur durch eine blutige Operation zu retten sind, so werden dies doch stets Ausnahmen bleiben, die auf die prinzipielle Entscheidung der Frage keinen Einfluß haben. Es muß vielmehr klargestellt werden, ob die Methoden, welche dem Praktiker zur Verfügung stehen, wirklich alle so unzureichend sind, d. h. in so vielen Fällen versagen, daß in der Tat eine blutige Operation an ihre Stelle treten müßte.

Über diese Frage muß eine Betrachtung der bei Placenta praevia in der Praxis ausführbaren Methoden und ihrer Resultate entscheiden. Es ist hier zu erwähnen:

Die Tamponade.

Sie stellt eine große Infektionsgefahr dar und ihre Erfolge sind nicht befriedigend. Sie ist deshalb nur noch als Notbehelf oder beim Transport der Gebärenden zulässig.[2])

Die Blasensprengung.

Häufig genügt das einfache Sprengen der Blase schon allein, um einen Stillstand der Blutung herbeizuführen und Mutter und Kind zu retten. Auch an der Breslauer Klinik konnten solche Fälle beobachtet werden. Der Stillstand der Blutung tritt wohl dadurch ein, daß einmal einem weiteren Ablösen des Placentateils vorgebeugt wird, weil sich dieser nun mit der retrahierenden Uteruswand zurückziehen kann,[3]) und andererseits durch das nach der plötz-

---

[1]) Z. f. G. No. 46 1908.

[2]) Freund, Deutsche Mediz. Wochenschrift No. 4 1908.

[3]) Hofmeier, Verhandlung der Deutschen Gesellschaft für Gynaekologie 1897.

lichen Entleerung des Vorwassers stattfindende Tiefertreten des vorliegenden Teils des Kindes die schon zerrissenen Gefäße so komprimiert werden, daß ihr Weiterbluten gehindert wird. Aber diese Methode führt doch nur in einer ziemlich geringen Zahl von Fällen zum Ziel. Vorbedingung für ein gutes Gelingen ist dabei fast immer nur Schädellage des Kindes und eine Placenta praevia lateralis. Somit ist die Anwendung nicht immer möglich. Doch empfiehlt sich bei günstiger Lage des Kindes ein Versuch damit, ehe zu weiteren Eingriffen geschritten wird.

Die kombinierte Wendung.

Die Methode der kombinierten Wendung erfreut sich noch immer einer großen Beliebtheit. Krönig hält sie neben dem vaginalen Kaiserschnitt für die einzige in Betracht kommende Methode bei nicht mehr sicher aseptischen Fällen, wie es ja die Praevia-Fälle meistens zu sein pflegen.[1]) Ihr anerkannter Vorteil ist, daß nach vollendeter Ausführung die Blutung meist steht und somit die Mutter vor der Gefahr des Verblutens geschützt ist.

Was aber tut die Methode für das Kind? Es ist auch in der Breslauer Klinik die kombinierte Wendung ausgeführt worden. Die Resultate damit sind schlecht. Ich will aber nicht diese der Beurteilung zugrunde legen, da die Zahl der Fälle nur gering ist, sondern ich halte mich an die Zahlen, welche von Anhängern der Braxton-Hicksschen Wendung bekannt gegeben werden.

So verzeichnet z. B. Hammerschlag 84%,[2]) Sellheim 60%,[3]) Füth 62%[4]) tote Kinder.

Schon aus diesem Grunde müßte die kombinierte Wendung der Hystereuryse weichen, die gerade das umgekehrte

---

[1]) Krönig, Behandlung der Placenta praevia, Z. f. G. No. 46 1908.

[2]) Hannes, Hystereuryse oder Braxton Hicks? Z. f. G. No. 42 1908.

[3]) Fießler, Zur Behandlung der Placenta praevia, Münchener Medizinische Wochenschrift No. 4 1909.

[4]) Füth, Zur Behandlung der Placenta praevia in der Allgemeinpraxis, Z. f. G. No. 12 1907.

Verhältnis von lebenden zu toten Kindern ergibt. Außerdem verbessern sie aber auch die Aussichten für die Mütter, obwohl früher das Gegenteil behauptet wurde.

Denn es verzeichnet bei kombinierter Wendung Hammerschlag 6,3%, Zweifel 7,8%,[1]) Freund 10,1%[2]) mütterliche Gesamtmortalität.

Bei Hystereuryse dagegen fand sich bei einer aus klinischen Beobachtungen gewonnenen Statistik eine Mortalität von 5,2%,[3]) während aus den poliklinischen Beobachtungen sich eine solche von nur 2,4% ergab.

Die Resultate der Hystereuryse sind demnach in jeder Beziehung denen der kombinierten Wendung überlegen. Trotzdem nimmt letztere noch immer eine dominierende Stellung bei Behandlung der Placenta praevia ein. Als Grund dafür wird auch angegeben, daß ihre Ausführung technisch bedeutend leichter sei als die Hystereuryse. Dies ist aber nicht der Fall, wie auch Herr Doktor Hannes in seinen Ausführungen über die Hystereuryse schon öfter betont hat.[4]) Es ist daher nicht recht einzusehen, warum die kombinierte Wendung der Hystereuryse noch immer vorgezogen wird.

Die bisher erwähnten Verfahren, die Tamponade sowohl wie die Blasensprengung und die Wendung nach Braxton Hicks genügten hauptsächlich nur der Indikation der Blutstillung bei Placenta praevia. Eine Beschleunigung der Geburt selbst, wie sie im Interesse von Mutter und Kind so oft geboten ist, wird durch sie im allgemeinen nicht ermöglicht. Denn ihre Wehen anregende Wirkung ist gering, und ein weiteres Eingreifen des Arztes ist wegen der zu geringen Erweiterung der mütterlichen Weichteile unmöglich. Um eine solche zu erzielen, stehen dem Praktiker hauptsächlich zwei Methoden zur Verfügung, der Bossi und die Hystereuryse.

---

[1]) Münchener Medizinische Wochenschrift No. 48 1907.
[2]) Freund, Über Placenta praevia, Z. f. G. No. 10 1908.
[3]) Gellrich, Die Hystereuryse bei Placenta praevia.
[4]) Hannes, Hystereuryse oder Braxton Hicks? Z. f. G. No. 42 1908.

Bossi.

Der von Bossi angegebene Metalldilatator ist hauptsächlich wegen der Schnelligkeit, mit welcher er eine Erweiterung zustande bringt, beliebt. Dieselbe ist aus der Art seiner Wirkungsweise zu erklären. Der Bossi dehnt nicht, er reißt.[1]) Es entstehen Verletzungen der Cervix und Blutungen, die der ohnehin durch Blutverlust geschwächten Frau großen Schaden bringen können. Es sollen zwar beim langsamen Entfalten des Bossi Verletzungen der Weichteile ausbleiben. Führt man diese aber aus, so geht damit dem Verfahren der einzige Vorteil verlustig, der überhaupt seine Anwendung in Frage kommen ließ, nämlich die Schnelligkeit der Wirkung. Es tritt somit in jedem Fall auch dies Verfahren vor demjenigen zurück, welches ein schonendes Vorgehen mit erfolgreicher Wirksamkeit verbindet, der Hystereuryse.

3. Die Hystereuryse.

Es muß derjenige geburtshilfliche Eingriff als der idealste angesehen werden, der neben dem guten Erfolg zugleich auch die größte Anpassung an den normalen Geburtsverlauf aufweist. Beide Forderungen erfüllt die Hystereuryse. Über ihre guten Resultate wird später im Anschluß an die Tabelle berichtet werden. Sie kommt dabei aber auch dem physiologischen Vorgang der Erweiterung der mütterlichen Weichteile am nächsten, wie durch Betrachtung ihrer Wirkungsweise klar wird. Der mit steriler Flüssigkeit gefüllte Ballon paßt sich mit seiner Wand vollkommen der des Cavum uteri an, genau wie dies die mit Fruchtwasser gefüllte Eiblase tut. Der Druck, welchen er ausübt, verteilt sich daher gleichmäßig nach allen Seiten mit einem keilförmigen Antrieb nach unten wieder wie bei der Eiblase.[2]) Der Druck übt dabei zugleich auch

[1]) Küstner, Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynaekologie 1905.

[2]) Hannes, Was leistet die moderne Therapie bei Placenta praevia? Z. f. G. No. 3 1909.

den entsprechenden Reiz auf das ganglion cervicale aus, so daß gute, kräftige Wehen einsetzen, die schließlich zur Geburt des Ballons führen. Nach seiner Ausstoßung sind, wenn er regelrecht aufgefüllt und belastet war, alle Weichteile gut eröffnet. Tritt jetzt irgend eine Indikation auf, welche eine schnelle Entbindung fordert, so läßt sich diese nun ohne besondere Schwierigkeiten vollführen. In den meisten Fällen wird man hierzu die Wendung und Extraktion ausüben, die sich meist ziemlich leicht bewerkstelligen läßt, weil der Uterus noch genug Flüssigkeit enthält, um ein dichtes Anlegen der Wände an den kindlichen Körper zu verhindern, denn da der Ballon hier meist gleich nach Sprengung der Blase eingelegt wird, so verhindert er auch einen völligen Fruchtwasserabfluß.[1])

Trotz allem bürgert sich das Verfahren der Hystereuryse nur schwer bei den Geburtshelfern ein. Schuld daran tragen die zahlreichen Vorwürfe, welche noch immer gegen die Hystereuryse erhoben werden und die vor ihrer Anwendung warnen. Es muß deshalb hier auf dieselben eingegangen werden. Ich möchte mich dabei an einen aus der Sellheimschen Klinik vor einiger Zeit veröffentlichten Aufsatz halten, da er ziemlich alles zur Sprache bringt, was der Anwendung der Hystereuryse zu widerraten scheint.

(Münchener Medizinische Wochenschrift No. 4 1909.)

Es wird zunächst zugegeben, daß die Aussichten für das kindliche Leben besser geworden zu sein scheinen. Daß es nicht nur so scheint, sondern wirklich der Fall ist, beweisen die Zahlen unserer Statistiken. Auch der Vorwurf, daß die Mortalitätsziffer der Mutter höher gestiegen sei, teils durch Begünstigung einer Luftembolie, teils durch Uterusruptur oder endlich durch Infektion, kann auf Grund der Tatsachen zurückgewiesen werden.

Vor den übrigen Punkten, welche als Kontraindikation gegen die Hystereuryse aufgestellt werden, bleibt zunächst die Erledigung einer Frage, welche für die Beurteilung der

[1]) Hannes, Hystereuryse oder Braxton Hicks? Z. f. G. No. 42 1908.

Hystereuryse von entscheidender Bedeutung ist. Dieselbe lautet: Ist die Hystereuryse ein Verfahren, welches von jedem Arzte in seiner Praxis ausgeübt werden kann, oder ist sie ein nur in der Klinik verwendbarer Eingriff, der deshalb in der Praxis seinen konkurrierenden Methoden, der Braxton Hickschen Wendung und dem Bossi weichen muß?

Hierzu äußert sich der vorhin erwähnte Aufsatz folgendermaßen: „Indessen haften auch diesem Verfahren (der Hystereuryse) Fehler an. Die von seinen Verteidigern angegebene leichte Handhabung des Ballons trifft keineswegs in allen Fällen zu, wie auch Baumm hervorhebt, der jedesmal bei neuen Assistenten die Beobachtung machte, daß zur exakten Einlegung eines Metoeurynters in die Eihöhle bei Placenta praevia schon eine gewisse technische Fähigkeit nötig sei, weshalb er, wie auch Winter, für den praktischen Arzt die Ausführung der kombinierten Wendung empfiehlt, da sie technisch leichter sei und keinerlei Hilfsmittel bedürfe."

Dieser Meinung werden sich die wenigsten Geburtshelfer, welche beide Verfahren ausgeübt haben, anschließen können. Denn gerade für den praktischen Arzt dürfte es leichter und ungefährlicher sein, mit einer Kornzange den zusammengefalteten Ballon in den Uterus einzuführen, als mit einem Finger einzugehen und die Umlagerung des schweren Kindeskörpers zu vollbringen.

Ich möchte an dieser Stelle noch einmal auf das Verfahren bei Hystereuryse eingehen.[1])

Der Ballon kommt stets in die Eiblase. Es herrscht bei manchen noch die Ansicht, der Ballon käme vor die Eiblase. Dann würde er allerdings durch weiteres Ablösen der Placenta die Blutung mehren, statt sie zu stillen. Es muß also zunächst die Eiblase, falls sie noch steht, gesprengt werden. Darnach wird der zusammengelegte Ballon mit Hilfe einer Kornzange in die Eiblase gebracht und durch

[1]) Hannes, Z. f. G. No. 3 1909.

eine Stempelspritze mit 500—650 ccm einer sterilen oder leicht antiseptischen Flüssigkeit aufgefüllt und mit einem am Schlauchende angebrachten Gewicht von 600—800 g belastet. Darauf wird die Ausstoßung des Ballons abgewartet. Jeder Zug am Ballon ist zu vermeiden, da hierdurch der Ballon platzt, wie es schon manchmal vorgekommen ist.

Man hat es der Hystereuryse vorgeworfen, daß sie so vieler Hilfsmittel bedürfe. Darüber läßt sich schnell hinweggehen. Die einzigen Hilfsmittel der Hystereuryse sind eine Kornzange und ein Gummiballon mit Gebläse. Für beide wird sich in der Tasche des Geburtshelfers noch ein Platz finden. Die Gewichte können in der Praxis sehr gut durch Bierflaschen etc. ersetzt werden.

Nun ein Vorwurf, der größere Beachtung verdient, nämlich „daß die Hystereuryse kein bis zur Geburt des Kindes wirkendes Mittel sei, sondern zwischen Ausstoßung des Ballons und Geburt des Kindes noch ein mehr oder minder langes Stadium höchster Gefahr für die Mutter bestehe, das häufig noch ein weiteres Eingreifen erheische". Es schließt sich allerdings die Geburt des Kindes meist nicht gleich an die Ausstoßung des Ballons an. Man muß also, wenn eine Indikation hierfür vorhanden ist, an die Hystereuryse ein weiteres Eingreifen, eine künstliche Entbindung, anschließen. Es ist dies derselbe Fall wie bei jeder unblutigen geburtshilflichen Operation. Auch bei der Blasensprengung, der kombinierten Wendung, dem Bossi, schließt sich nicht gleich die Ausstoßung des Kindes an den Eingriff an. Der Unterschied aber ist der, daß bei der Hystereuryse, wenn eine Indikation da ist, infolge völliger Erweiterung sämtlicher Weichteile, ein weiteres Eingreifen auch sehr gut möglich ist, während dies sonst nicht immer der Fall ist, so daß dann eben viele Kinder geopfert werden müssen.

Die Indikation nach Hystereuryse zur schnellen Beendigung der Geburt geht fast stets vom Kinde aus, da die Blutung zum Stillstand gebracht ist und die Mutter so

vorläufig vor weiterer Gefahr geschützt ist. War das Kind noch nicht sehr geschädigt und seine Lage günstig (keine Querlage), so konnte nach Ausstoßung des Ballons ruhig die Zeit abgewartet werden, bis das Kind spontan geboren wurde. In den mir vorliegenden 83 Fällen trat dies achtmal ein. Im übrigen war allerdings eine künstliche Entbindung im Anschluß an die Hystereuryse nötig. Dieselbe bot aber, wie schon gesagt, keine besonderen Schwierigkeiten mehr.

Die beobachteten acht Spontangeburten widerlegen zugleich auch die von Pfannenstiel geäußerte Ansicht, welche auch Leopold vertritt, daß nämlich bei Hystereuryse ein Wegdrängen des Kopfes vom Beckeneingang und so eine Erschwerung der Geburt stattfände. Alle diese Fälle bis auf einen waren Schädellagen, und die Kinder wurden nach der Hystereuryse ganz normal spontan geboren.

Es bleibt noch ein Punkt zu erörtern. Die Hystereuryse selbst erfordert eine gewisse Zeit. Dieselbe schwankt vom Einlegen des Ballons bis zur Geburt desselben zwischen $^1/_2$—6, eventuell 10 Stunden. Wir müssen demnach zugeben, daß die Hystereuryse in allen den Fällen nicht zur Anwendung kommen kann, in welchen eine sofortige Entbindung indiziert ist, sei es von seiten der Mutter oder des Kindes. Das wird auch von den Anhängern der Hystereuryse nicht bestritten. Hier versagen aber überhaupt alle unblutigen Methoden. Deshalb müssen diese Fälle von dem praktischen Arzt, wenn irgend möglich, schnell einer Klinik zum Zweck einer Operation überwiesen werden.

Solche Fälle sind aber selten. Die folgende Statistik erstreckt sich nur über Beobachtungen aus der Breslauer Poliklinik. Hier wird der Arzt gewiß nie sehr zeitig geholt. Trotzdem war fast in jedem Fall, in welchem die Erweiterung der mütterlichen Weichteile noch ungenügend war, immer noch Zeit, die Hystereuryse auszuführen.

Wenn es also am Schluß der erwähnten Arbeit heißt:

„Wir glauben daher auch, daß die Hystereuryse zwar in der Klinik imstande ist, die Chancen für das Kind zu

bessern, daß sie sich aber für die allgemeine Praxis weniger eignen wird, als die kombinierte Wendung. Als rein klinische Methode sind indessen ihre Resultate noch nicht so zufriedenstellend, daß nicht der Wunsch bestände, Besseres an ihre Stelle zu setzen."

So möchte ich diesem, auf Grund jahrelanger Beobachtungen an der Breslauer Klinik, entgegenhalten:

Die Hystereuryse ist diejenige Behandlung der Placenta praevia, welche für Mutter und Kind die besten bisher bekannten Resultate liefert. Ihre Technik ist leicht zu erlernen, ihre Ausführung ist überall, selbst unter den ungünstigsten Verhältnissen der Praxis, wie sie z. B. in der Poliklinik einer Großstadt herrschen, gut möglich. Sie kann somit für die Praxis nicht dringend genug empfohlen werden.

Es ist dabei selbstverständlich, daß in den Fällen, wo die sofortige Entbindung angezeigt ist, die Hystereuryse versagt. Hier tritt sie hinter den blutigen Eingriffen zurück, von welchen als der günstigste der klassische Kaiserschnitt in Betracht zu ziehen ist.

Es kann aber nicht zugegeben werden, daß der Kaiserschnitt in einer seiner Modifikationen die Hystereuryse vollkommen ersetzen sollte. Es liegt in anbetracht der günstigen Resultate der Hystereuryse absolut kein Grund vor, dieselbe prinzipiell durch einen so schweren Eingriff, wie es die Sectio caesarea ist, zu ersetzen, ganz abgesehen davon, daß diese nie Allgemeingut der praktischen Ärzte werden könnte, wie es bei der Hystereuryse hoffentlich bald der Fall sein wird.

Die nachfolgende Tabelle (S. 16—35) erstreckt sich über 149 Fälle von Placenta praevia. Sie zeigt, daß nicht wahllos nur die Hystereuryse verwendet wurde. Bei nicht erweiterten mütterlichen Weichteilen wurde meist allerdings die intrauterine Ballonbehandlung angewandt. Indessen wurde, besonders in den ersten Jahren, auch die kombinierte Wendung nach Braxton Hicks ausgeübt.

Waren die mütterlichen Weichteile genügend erweitert, so wurde zunächst nur die Blase gesprengt und darauf abgewartet, ob sich der vorliegende Teil gut in das Becken einstellte und die Blutung stünde. War dies der Fall und waren Mutter und Kind nicht so geschädigt, daß eine sofortige Entbindung angezeigt war, so wurde die Geburt den Naturkräften überlassen. Bestand indessen eine Indikation zur künstlichen Entbindung, so wurde dieselbe sogleich an die Blasensprengung angeschlossen. In den meisten Fällen wurde dann die Wendung und Extraktion vollführt. Stand indessen der Kopf zangengerecht, so wurde die Zange angelegt. Es traf ein solcher Fall indessen nur selten ein. Denn wenn nach Blasensprengung der Kopf sich so gut einstellte, so komprimierte er meist dabei die blutenden Gefäße genügend, um einen Stillstand der Blutung zu bewirken, so daß zunächst abgewartet werden konnte. Nur bei schlechten kindlichen Herztönen wurde hier die Zange angelegt. Auf das Nähere wird später noch eingegangen werden.

Ich gehe nun zu den einzelnen Methoden und ihren Erfolgen über.

Hystereuryse.

Es befanden sich unter den 149 Fällen von Placenta praevia 83, bei welchen die Hystereuryse eingeleitet wurde. Bei diesen 83 Geburten wurden 44 lebende Kinder geboren. Um einen richtigen Überblick zu gewinnen, muß nun hierbei in Betracht gezogen werden, daß ein Teil der Kinder bei Ankunft der poliklinischen Hilfe schon tot war oder im Sterben lag. Hier kam jede Hilfe zu spät. Es ereignete sich dies in 22 Fällen. Diese müssen also aus der Betrachtung ausgeschaltet werden. Ferner kommen auch alle diejenigen nicht in Betracht, bei welchen die Kinder noch nicht reif, nicht lebensfähig waren. Das Urteil hierüber richtete sich nach der Dauer der Gravidität oder der Größe der Kinder. Auf diese Weise können aus der Statistik 8 unreife Früchte ermittelt werden. Somit bleiben

(Fortsetzung S. 36.)

Nummer Journal-nummer Alter	Zahl der früheren Geburten	Diagnose	Therapie	Kind lebend oder tot	Kind Größe und Gewicht	Letzte Menstruation	Datum der Niederkunft	Stand der Geburt bei Ankunft Kindl. Herztöne	Stand der Geburt bei Ankunft Mütterl. Weichteile	Dauer der Geburt	Ausgang für die Mutter
1894/1895 1. No. 59 39 J. alt	6 Partus 3 Aborte	Plac. praevia Querlage	Wendung Extraktion	lebt				gut			Wochenbett fieberfrei
2. No. 77 24 J. alt	4 Partus 0 Abort	Plac. praevia Eklampsie Querlage	Wendung Extraktion	lebt				gut			Tod in Eklampsie
3. No. 115 49 J. alt	12 Partus 1 Abort	Plac. praevia 1. Schädellage Nabelschnur-vorfall	Wendung Extraktion	lebt				gut			Wochenbett fieberfrei
4. No. 216 20 J. alt	1 Partus 0 Abort	Plac. praevia 1. Querlage	Wendung Extraktion	†				nicht zu hören			Tod durch Blutverlust
5. No. 238 38 J. alt	0 Partus 2 Aborte	Plac. praevia centralis	Kolpeuryse Extraktion	†		Vor 7 Monat.		nicht zu hören			einige Tage Fieber
6. No. 389 37 J. alt	9 Partus 0 Abort	Plac. praevia 1. Schädellage	Blasenspreng. Wendung Kristeller Perfor. am nachfolg. Kopf	†							5 Tage Fieber
7. No. 418 40 J. alt	10 Partus 0 Abort	Placenta praevia lateralis Steißlage	Blasenspreng. Spontangeb.	†		Vor 9 Monat.		nicht zu hören			Tod durch Herzschwäche

8. No. 458 29 J. alt	3 Partus 1 Abort	Plac. praevia lateralis 1. dorsoposter. Querlage	Blasenspreng. Wendung nach Braxton Hicks Spontangeb.	lebt		Ende III	13. I.	gut	Mm. 3 Mk.-Stück groß	$3\frac{1}{2}$ Std.	Wochenbett fieberfrei
9. No. 480 35 J. alt	9 Partus 0 Abort	Plac. praevia centralis 1. Schädellage	Blasenspreng. Kombinierte Wendung Spontangeb.	†		Anfang V	24. I.	nicht zu hören	Mm. für 3 Finger durchgängig	$2\frac{1}{4}$ Std.	Wochenbett fieberfrei
10. No. 510 32 J. alt	7 Partus (dabei 2 Zangen) 0 Abort	Plac. praevia marginalis 1. Schädellage	Sprengung der Blase Forceps	lebt		Mitte V	Ende II	schlecht			Wochenbett fieberfrei
1895/1896 11. No. 8 43 J. alt	8 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis 2. Schieflage	Wendung Extraktion	†		Ende VII	4. IV.	unregelmäßig u. frequent	Mm. 5 Mk.-Stück groß		Wochenbett kompliz. durch schon zur Zeit der Geburt vorhandene Pneumonie
12. No. 162 21 J. alt	3 Partus 0 Abort	Plac. praevia	Wendung Extraktion	†	36 cm	Ende XII	20. VII.	nicht zu hören	Mm. handtellergroß		Wochenbett fieberfrei
13. No. 217 32 J. alt	9 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis 1. Schädellage	Wendung nach Braxton Hicks. Währ. d. spont. Geburt stirbt Kind ab. Extrakt. wegen Enge der mütterl. Weichteile unmöglich.	†		Anfang I	19. VIII.	gut	Mm. 5 Mk.-Stück groß		Wochenbett fieberfrei
14. No. 224 38 J. alt	13 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis 1. Schädellage	Blasenspreng. Spontangeb.	lebt		Ende XI	Ende VIII	gut	Mm. 5 Mk.-Stück groß	10 Std.	Nach Geburt Kollaps. Wochenbett normal
15. No. 265 29 J. alt	3 Partus 0 Abort	Plac. praevia centralis	Wendung nach Braxton Hicks. Währ. Geburt stirbt Kind ab	†	43 cm	Mitte I	4. IX.	gut	Mm. 5 Mk.-Stück groß		Wochenbett fieberfrei

Nummer Journal-nummer Alter	Zahl der früheren Geburten	Diagnose	Therapie	Kind lebend oder tot	Kind Größe und Gewicht	Letzte Menstruation	Datum der Niederkunft	Stand der Geburt bei Ankunft Kindl. Herztöne	Stand der Geburt bei Ankunft Mütterl. Weichteile	Dauer der Geburt	Ausgang für die Mutter
16. No. 288 30 J. alt	1 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis Steißlage	Herabhol. eines Fußes. Spät. Extrakt.	†	37 cm	10. III.	22. IX.		Mm. für 4 Finger durchgängig	16½ Std.	Wochenbett fieberfrei
17. No. 322 31 J. alt		Plac. praevia centralis 1. dorso-ant. Querlage	Herabhol. eines Fußes. Da Herztöne schlecht werd. Extraktion	†		Ende I	15. X.	gut	Mm. für 1 Finger durchgängig	16½ Std.	Wochenbett fieberfrei
18. No. 355 33 J. alt	6 Partus 1 Abort	Plac. praevia lateralis 2. Querlage	Kombinierte Wendung. Später langs. Extraktion	†					Mm. 3 Mk.-Stück groß		Wochenbett fieberfrei
19. No. 396 36 J. alt	9 Partus 1 Abort	Plac. praevia lateralis 1. Schädellage	Sprengen der Blase. Spontangeb.	lebt				gut	Mm. für 3 Finger durchgängig		Wochenbett fieberfrei
20. No. 561 32 J. alt	4 Partus 1 Abort	Plac. praevia 2. Schädellage	Impression des Kopfes. Nachdem Kind abgestorb., Perf. des Kopfes. Darnach Spontangeburt	†				gut			Wochenbett fieberfrei
21. No. 584 34 J. alt	5 Partus 0 Abort	Plac. praevia Gemini in 1. u. 2. Schädellage	Spreng. der Blase, Wend., Extraktion	leben							Wochenbett normal
1896/1897 22. No. 138 36 J. alt	5 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis 2. Querlage	Hystereurynt. Extraktion am Fuß	lebt	42 cm			gut	Mm. für 2 Finger durchgängig	9½ Std.	Wochenbett normal

23. No. 176 27 J. alt	0 Partus 0 Abort	Plac. praevia totalis 1. Schädellage	Hystereuryse Wendung Extraktion	lebt	ausgetrag.			gut	Mm. für 1 Finger durchgängig	6½ Std.	1 Tag Fieber
24. No. 178 31 J. alt	6 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis 1. Schädellage	Hystereuryse Wendung Extraktion Perf. am nachfolgend. Kopf	†	44 cm	Mitte XI	11. VII.	gut	Mm. für 2 Finger durchgängig	2 Std.	Wochenbett normal
25. No. 184 34 J. alt	8 Partus 2 Aborte	Plac. praevia lateralis 2. Schädellage	Sprengen der Blase	†	ausgetrag.			langsam und unregelmäßig	Mm. für 2 Finger durchgängig		Einige Tage Fieber
26. No. 316 32 J. alt	8 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis 1. Schädellage	Wendung nach Braxton Hicks	lebt. Stirbt aber nach einiger Zeit	4500 g				Mm. 3 Mk. Stück groß		Wochenbett normal
27. No. 451 35 J. alt	8 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis Steißlage	Hystereurynt. Extraktion am Fuß	†	43 cm	Mitte V	27. XII.				Wochenbett normal
28. No. 494 39 J. alt	5 Partus 0 Abort	Plac. praevia 1. Schädellage Vorfall der Nabelschnur	Hystereurynt. Extraktion Perforat. am nachfolg. Kopf	†				schlecht und leise			Wochenbett normal
29. No. 564 33 J. alt	7 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis 1. Schädellage	Wendung Extraktion	lebt	ausgetrag.			gut	Mm. 5 Mk.-Stück groß		Wochenbett normal
1897/1898 30. No. 11 27 J. alt	0 Partus 0 Abort	Plac. praevia 1. Schädellage	Colpeuryter platzt, deshalb Wendung nach Braxton Hicks	†		Anfang VIII	5. IV.	langsam	Mm. für 1 Finger durchgängig		Wochenbett normal

Nummer Journal-nummer Alter	Zahl der früheren Geburten	Diagnose	Therapie	Kind		Letzte Menstruation	Datum der Niederkunft	Stand der Geburt bei Ankunft		Dauer der Geburt	Ausgang für die Mutter
				lebend oder tot	Größe und Gewicht			Kindl. Herztöne	Mütterl. Weichteile		
31. No. 47 28 J. alt	5 Partus 0 Abort	Plac. praevia centralis 1. Schädellage	Hystereurynt. platzt, deshalb Wendung nach Braxton Hicks	†		Ende VI	27. II.	gut	Mm. für 2 Finger durchgängig		Wochenbett normal
32. No. 59 37 J. alt	6 Partus 0 Abort	Plac. praevia totalis	Hystereuryse Wendung Langsame Extraktion	† durch vorzeit. Lösung d. Plac.				schwach	Mm. für 3 Finger durchgängig		Wochenbett normal
33. No. 165 38 J. alt	13 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis 1. Schädellage	Hystereuryse Forceps	†		22. IX.	28. VI.	gut	Mm. 5 Mk.-Stück groß		Wochenbett normal
34. No. 189 30 J. alt	2 Partus 0 Abort	Plac. praevia 1. Schädellage	Hystereurynt. Forceps	lebt				gut	Mm. für 1 Finger durchgängig	8 Std.	Wochenbett normal
35. No. 228 35 J. alt	6 Partus 0 Abort	Plac. praevia centralis 2. Schädellage	Hystereurynt. Wendung Extraktion	lebt		1. XI.	30. VII.	gut	Mm. für 2 Finger durchgängig		Komplikation durch Pneumonie, die schon während Geburt war
36. No. 265		Plac. praevia totalis 2. Querlage	Hystereurynt. Wendung Extraktion	†				nicht zu hören	Mm. für 1 Finger durchgängig		Wochenbett normal
37. No. 477 38 J. alt		Plac. praevia centralis 2. Schädellage	Hystereurynter. Da Kind inzw. abgestorben, Perforation und	†				schlecht	Mm. für 1 Finger durch-		2 Tage lang Temperatur bis 38°

38. No. 521 30 J. alt	7 Partus 0 Abort	Plac. praevia totalis	Wendung nach Braxton Hicks	†		Ende IV	Anfang I		Mm. für 3 Finger durchgängig		Wochenbett normal
39. No. 658 29 J. alt	4 Partus 0 Abort	Plac. praevia Fußlage	Hystereuryse Extraktion	†	nicht lebensfähig	Ende VIII	Anfang III		Mm. für 2 Finger durchgängig		Wochenbett normal
40. No. 661 27 J. alt	3 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis Schräglage	Hystereuryse Extraktion	†	Anencephal.					6 Std.	Wochenbett normal
1898/1899 41. No. 166 35 J. alt	7 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis 2. Schädellage	Hystereuryse Wendung Extraktion	lebt					Mm. für 2-3 Fing. durchgängig		Nur am 7. Tage einmal eine Temperatursteigerung
42. No. 324 33 J. alt	6 Partus 1 Abort	Plac. praevia lateralis 1. dorso-ant. Querlage mit Armvorfall	Wendung nach Braxton Hicks Inzisionen am Muttermund	†		Ende I	Mitte IX		Mm. für 2 Finger durchgängig		Wochenbett normal
1899/1900 43. No. 66 35 J. alt	10 Partus 0 Abort	Plac. praevia marginalis Fußlage	Extraktion	†	nicht ausgetrag.	Anfang X	Anfang V		Mm. verstrichen		Wochenbett normal
44. No. 156 46 J. alt	9 Partus 1 Abort	Plac. praevia lateralis 1. dorso-ant. Querlage	Hystereuryse Extraktion	lebt					Mm. für 2 Finger durchgängig		Wochenbett normal
45. No. 324 22 J. alt	0 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis	Hystereuryse Spontane Geburt	lebt					Mm. für 3 Finger durchgängig		Wochenbett normal

Nummer Journal-nummer Alter	Zahl der früheren Geburten	Diagnose	Therapie	Kind		Letzte Menstruation	Datum der Niederkunft	Stand der Geburt bei Ankunft		Dauer der Geburt	Ausgang für die Mutter
				lebend oder tot	Größe und Gewicht			Kindl. Herztöne	Mütterl. Weichteile		
46. No. 350 29 J. alt	10 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis Fußlage	Sprengen der Blase Extraktion	lebt							
47. No. 387 34 J. alt	9 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis 1. Schädellage	Hystereuryse Extraktion	†				nicht zu hören	Mm. für 2 Finger durchgängig		Wochenbett normal
48. No. 539 26 J. alt	2 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis 1. Schädellage	Hystereuryse Extraktion	†	ausgetrag.			unregelmäßig	Mm. 5 Mk.-Stück groß		
49. No. 557 36 J. alt	6 Partus 0 Abort	Plac. praevia 1. Schädellage	Extraktion	†				deutlich	Mm. verstrichen		Wochenbett normal
50. No. 580 37 J. alt	7 Partus 0 Abort	Plac. praevia marginalis	Hystereuryse ? W. u. E.	lebt					Mm. für 1 Finger durchgängig		Wochenbett normal
51. No. 587 38 J. alt	10 Partus 0 Abort	Plac. praevia centralis 2. Schädellage	Hystereuryse Wendung Extraktion	lebt					Mm. für 2 Finger durchgängig		Wochenbett normal
52. No. 601 32 J. alt	9 Partus 0 Abort	Placenta praevia totalis 2. Schädellage	Hystereuryse Wendung Extraktion	†							3 Tage Temperatursteigerung

1900/1901 53. No. 59 38 J. alt	2 Partus 0 Abort	Plac. praevia 1. Schädellage	Hystereuryse Wendung Extraktion	†				gut			1 Tag Fieber
54. No. 85 35 J. alt	13 Partus 1 Abort	Plac. praevia	Hystereuryse	†							Wochenbett normal
55. No. 126		Plac. praevia lateralis 2. dorso-post. Querlage	Hystereuryse Wendung Extraktion	lebt	4 Woch. zu früh			gut			Wochenbett normal
56. No. 159 41 J. alt	10 Partus 0 Abort	Plac. praevia centralis 1. dorso-ant. Querlage	Hystereuryse Wendung Extraktion	†	4 Woch. zu früh			gut			Am 7. Tage einmal Fieber
57. No. 185 40 J. alt	12 Partus 0 Abort	Plac. praevia centralis 1. Steißlage	Kombinierte Wendung	†	37 cm			gut			Wochenbett normal
58. No. 234 44 J. alt	7 Partus 0 Abort	Plac. praevia	Hystereuryse	†	25 cm				Mm. für 1 Finger durch- gängig		Wochenbett normal
59. No. 399 37 J. alt	6 Partus 0 Abort	Plac. praevia	Hystereuryse Wendung Extraktion	†				langs., unregel- mäßig	Mm. taler- groß		Wochenbett normal
60. No. 535 22 J. alt	0 Partus 0 Abort	Plac. praevia Fußlage	Sprengen der Blase Extraktion	†	4 Woch. zu früh						Wochenbett normal
61. No. 622 30 J. alt	3 Partus 0 Abort	Plac. praevia totalis 1. Schädellage	Hystereuryse Wendung Extraktion	lebt				gut	Mm. für 2 Finger durch- gängig		Wochenbett normal

Nummer Journal-nummer Alter	Zahl der früheren Geburten	Diagnose	Therapie	Kind lebend oder tot	Kind Größe und Gewicht	Letzte Menstruation	Datum der Niederkunft	Stand der Geburt bei Ankunft Kindl. Herztöne	Stand der Geburt bei Ankunft Mütterl. Weichteile	Dauer der Geburt	Ausgang für die Mutter
1901/1902 62. No. 125 38 J. alt	9 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis 1. Schädellage	Hystereuryse Wendung	†				sehr schlecht	Mm. für 1 Finger durchgängig		Thrombophlebitis links. Sonst normal
63. No. 130 34 J. alt	7 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis 2. dorso-ant. Querlage	Hystereuryse Wendung Extraktion	lebt					Mm. für 2 Finger durchgängig		Parametrit. Exsudat. Nach mehreren Wochen stirbt d. Frau
64. No. 192 37 J. alt	12 Partus 0 Abort	Plac. praevia totalis 2. Schädellage	Hystereuryse Wendung Extraktion	†				gut	Mm. für 2 Finger durchgängig		3 Tage lang gering, abendlich Steigerung
65. No. 264 24 J. alt	3 Partus 0 Abort	Plac. praevia 2. Schädellage	Sprengen der Blase Spontangeb.	lebt					Mm. für 2 Finger durchgängig, erweit. sich schnell		2 Tage lang 38° abends
66. No. 379	6 Partus 0 Abort	Plac. praevia totalis	Hystereuryse Wendung Extraktion	†							
67. No. 419 28 J. alt	3 Partus 0 Abort	Plac. praevia totalis 1. dorso-ant. Querlage	Blasenspreng. Kombinierte Wendung	†				gut	Mm. 5 Mk.. Stück groß		Wochenbett normal

No. 423 36 J. alt	0 Abort	lateralis 2. Steißlage, durch Selbstwendung 1. Schädellage	Spontangeb.	lebt	3 Woch. zu früh			gut	Mm. für 3 Finger durchgängig		Wochenbett normal
69. No. 458 35 J. alt	3 Partus 1 Abort	Plac. praevia totalis 2. Schädellage	Hystereuryse Wendung Extraktion	lebt				schlecht	Mm. für 2 Finger durchgängig		Einige Tage lang etwas Temperatur
70. No. 477 31 J. alt	7 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis 2. Schädellage	Kombinierte Wendung	†	35 cm			gut	Mm. für 1 Finger durchgängig		Wochenbett normal
71. No. 700 33 J. alt	6 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis 1. Schädellage	Hystereuryse Spontane Geburt	lebt		20. VI.	16. III.	gut	Mm. für 2 Finger durchgängig		Wochenbett normal
1902/1903 72. No. 54 30 J. alt	9 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis 2. Schädellage	Hystereuryse Wendung Extraktion	lebt		Anfang VIII	1. V.	gut	Mm. 1 Mk.-Stück groß		Wochenbett normal
73. No. 147 31 J. alt	4 Partus 0 Abort	Plac. praevia totalis 2. Schädellage	Hystereuryse Hohe Zange	†		15. XI.	19. VI.	schlecht	Mm. 5 Mk.-Stück groß		Wochenbett normal
74. No. 218 23 J. alt	4 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis 1. Schädellage	Hystereuryse Spontane Geburt	lebt		Mitte XI	20. VII.				Am 4. Tage einmal Temperatur, nachdem sie aufgestanden.
75. No. 229 35 J. alt	3 Partus 0 Abort	Plac. praevia totalis 2. Schädellage	Hystereuryse Wendung Extraktion	lebt	3250 g			gut	Mm. 2 Mk.-Stück groß		Wochenbett normal

Nummer Journal-nummer Alter	Zahl der früheren Geburten	Diagnose	Therapie	Kind lebend oder tot	Kind Größe und Gewicht	Letzte Menstruation	Datum der Niederkunft	Stand der Geburt bei Ankunft Kindl. Herztöne	Stand der Geburt bei Ankunft Mütterl. Weichteile	Dauer der Geburt	Ausgang für die Mutter
76. No. 235 31 J. alt	5 Partus 2 Aborte	Plac. praevia totalis 2. Steißlage	Hystereuryse Extraktion	lebt		Mitte XII	29. VII.	gut			Wochenbett normal
77. No. 559 28 J. alt	2 Partus 0 Abort	Plac. praevia Fußvorfall neben dem Kopf	Hystereuryse Wendung Extraktion	lebt	1800 g	Anfang V	Ende XII	gut	Mm. für 1 Finger durchgängig		
78. No. 587 43 J. alt	10 Partus 0 Abort	Plac. praevia totalis 2. Schädellage	Hystereuryse Wendung Extraktion	†		10. IV.	12. I.	schlecht	Mm. für 3 Finger durchgängig		Wochenbett normal
79. No. 629 38 J. alt	4 Partus 0 Abort	Plac. praevia	Hystereuryse Wendung Extraktion	lebt	3000 g	Mitte VI	10. II.		Mm. für 2 Finger durchgängig		Wochenbett normal
80. No. 734 26 J. alt	6 Partus 1 Abort	Plac. praevia lateralis 2. Schädellage	Blasenspreng. Spontangeb.	lebt							
1903/1904 81. No. 161	5 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis. Nabelschnurvorfall. Hintere Scheitelbeineinstellung	Blasenspreng. Wendung Extraktion	lebt					Mm. kleinhandtellergroß		Wochenbett normal
82. No. 444 32 J. alt	8 Partus 0 Abort	Plac. praevia totalis 1. Schädellage Tetanus uteri. Nabelschnurvorfall	Kombinierte Wendung Spontane Geburt	†		Mitte I	19. X.	nicht zu hören	Mm. 2 Mk.-Stück groß		Wochenbett normal

83. No. 575 39 J. alt	3 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis	Hystereuryse Spontane Geburt	lebt		Anfang IV	2. XII.		Mm. 5 Mk.-Stück groß	Wochenbett normal
84. No. 668 29 J. alt	6 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis 1. dorso-ant. Querlage	Hystereuryse Selbstwendige Spontangeb.	lebt	3750 g				Mm. 3 Mk.-Stück groß	Wochenbett normal
85. No. 670 27 J. alt	6 Partus 0 Abort	Plac. praevia totalis	Perforation Extraktion	†				nicht zu hören	hand-teller-groß	Wochenbett normal
86. No. 766 26 J. alt	1 Partus (Gemini)	Plac. praevia totalis 2. Schädellage	Hystereuryse Spontangeb.	†	40 cm			sehr schlecht	Mm. 1 Mk.-Stück groß	Kompliziert durch eine fieberhafte Bronchitis
87. No. 779 35 J. alt	7 Partus	Plac. praevia lateralis 2. Schädellage	Hystereuryse Wendung Extraktion	lebt	8 Pfd.	18. V.	29. II.		Mm. klein-hand-teller-groß	Wochenbett normal
88. No. 805 42 J. alt	14 Partus 1 Abort	Plac. praevia totalis 2. Schädellage	Hystereuryse Wendung Extraktion	†				sehr schlecht	Mm. 2 Mk.-Stück groß	Wochenbett normal
1904/1905 89. No. 68 27 J. alt	7 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis 2. Schädellage	Hystereuryse Wendung Extraktion	lebt	41 cm	Mitte VIII	Ende IV		Mm. 3 Mk.-Stück groß	Wochenbett normal
90. No. 95 28 J. alt	3 Partus 0 Abort	Plac. praevia centralis 2. dorso-ant. Querlage	Hystereuryse Wendung Extraktion	lebt					Mm. 1 Mk.-Stück groß	Wochenbett normal

Nummer Journal-nummer Alter	Zahl der früheren Geburten	Diagnose	Therapie	Kind lebend oder tot	Kind Größe und Gewicht	Letzte Menstruation	Datum der Niederkunft	Stand der Geburt bei Ankunft Kindl. Herztöne	Stand der Geburt bei Ankunft Mütterl. Weichteile	Dauer der Geburt	Ausgang für die Mutter
91. No. 184 29 J. alt	2 Partus 0 Abort	Plac. praevia centralis 2. Schädellage	Hystereuryse Wendung Extraktion	lebt					Mm. 5 Mk.-Stück groß		Wochenbett normal
92. No. 227 31 J. alt	9 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis dorso-post. Querlage	Hystereuryse Wendung Extraktion	†				nicht zu hören	Mm. 3 Mk.-Stück groß		Wochenbett normal
93. No. 270 41 J. alt	7 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis 2. Schädellage	Wendung Extraktion	lebt				verlangsamt			Wochenbett normal
94. No. 333 38 J. alt	1 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis 2. Schädellage	Hystereuryse Perforation	†				sehr schlecht	Mm. 3 Mk.-Stück groß		Wochenbett normal
95. No. 363 35 J. alt	8 Partus 0 Abort	Plac. praevia centralis	Hystereuryse Wendung Extraktion	†		Anfang I	10. IX.	nicht zu hören			Wochenbett normal
96. No. 392 30 J. alt	8 Partus 3 Aborte	Plac. praevia lateralis 2. Schädellage	Hystereuryse Forceps	lebt					Mm. 3 Mk.-Stück groß		Wochenbett normal
97. No. 410 28 J. alt	4 Partus 0 Abort	Plac. praevia centralis 1. Schädellage	Hystereuryse Wendung Extraktion	†				sehr schlecht	Mm. kleinhandteller- groß		Wochenbett normal

98. No. 462 24 J. alt	2 Partus 0 Abort	Plac. praevia marginalis 1. Schädellage	Hystereuryse Wendung Extraktion	lebt					Mm. 5 Mk.-Stück groß		Wochenbett normal
99. No. 497 35 J. alt	9 Partus 0 Abort	Plac. praevia	Hystereuryse Wendung Extraktion	†		Mitte IV	23. XI.		Mm. 2 Mk.-Stück groß		Fieber. Hebamme hatte untersucht
100. No. 603 30 J. alt	6 Partus 1 Abort	Plac. praevia totalis 1. Schädellage	Hystereuryse Wendung	†				nicht zu hören			Wochenbett normal
101. No. 694 33 J. alt	8 Partus 2 Aborte	Plac. praevia lateralis 1. dorso-ant. Querlage Vorfall der Nabelschnur	Hystereuryse Wendung Extraktion	†	übertragen			sehr schlecht	Mm. 2 Mk.-Stück groß		Wochenbett normal
102. No. 715 33 J. alt	6 Partus 1 Abort	Plac. praevia marginalis	Hystereuryse Wendung Extraktion	lebt					Mm. für 1 Finger durch- gängig		Wochenbett normal
103. No. 752 23 J. alt	3 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis 2. Schädellage	Sprengen der Blase	lebt					Mm. klein- hand- teller groß		Wochenbett normal
1905/1906 104. No. 162 26 J. alt	4 Partus 0 Abort	Plac. praevia marginalis	Hystereuryse Wendung	lebt					Mm. 2 Mk.-Stück groß		Wochenbett normal
105. No. 299	2 Partus 0 Abort	Plac. praevia totalis	Hystereuryse Wendung Extraktion	lebt				gut	Mm. 3 Mk.- groß		Wochenbett normal

Nummer Journal-nummer Alter	Zahl der früheren Geburten	Diagnose	Therapie	Kind lebend oder tot	Kind Größe und Gewicht	Letzte Menstruation	Datum der Niederkunft	Stand der Geburt bei Ankunft Kindl. Herztöne	Stand der Geburt bei Ankunft Mütterl. Weichteile	Dauer der Geburt	Ausgang für die Mutter
106. No. 526 31 J. alt	10 Partus 0 Abort	Plac. praevia totalis	Hystereuryse Wendung Extraktion	†				schlecht	Mm. für 2 Finger durchgängig		Patientin hat eine Struma und ein Vitium cordis. Nach Geburt Kollaps. Später geht es ihr gut.
107. No. 623 26 J. alt	6 Partus 1 Abort	Plac. praevia lateralis Fußlage	Herabziehen des Steißes. Später langs. Extraktion	† Zeigt luetisch. Affekt.				fehlen	Mm. handtellergroß		Wochenbett normal
108. No. 645 35 J. alt	10 Partus 0 Abort	Plac. praevia totalis 2. Schädellage	Hystereuryse Wendung Extraktion	lebt					Mm. 5 Mk.-Stück groß		Wochenbett normal
109. No. 651 43 J. alt	4 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis	Hystereuryse Wendung Extraktion	lebt							
110. No. 691 31 J. alt	4 Partus 0 Abort	Plac. praevia 2. Schädellage	Hystereuryse Wendung	lebt	4500 g	Mitte VI	24. II.		Mm. für 2 Finger durchgängig		Plötzlicher Exitus. Dispnoe. Herzfehler
1906/1907 111. No. 31 36 J. alt	5 Partus 0 Abort	Plac. praevia centralis dorso-ant. Querlage	Hystereuryse Wendung Extraktion	†		15. X.	13. IV.				Leichte Temperatur durch ein parametrisches Exsudat
112. No. 105 22 J. alt	2 Partus 0 Abort	Plac. praevia marginalis 2. Steißlage	Hystereuryse Extraktion	lebt		Anfang VIII	9. 5.		Mm. für 2 Finger durchgängig		Wochenbett normal

113. No. 295 34 J. alt	9 Partus 3 Aborte	Plac. praevia 2. Schädellage	Hystereuryse Wendung Extraktion	†		Anfang XI	Anfang VII	fehlen	Mm. für 1 Finger durch- gängig		Wochenbett normal
114. No. 326	5 Partus 9 Aborte	Plac. praevia 2. Schädellage	Kombin. Wend. Extraktion Perforat. am nachfolg. Kopf	†				fehlen	Mm. für 2 Finger durch- gängig		Wochenbett normal
115. No. 410	1 Partus 3 Aborte	Plac. praevia marginalis 1. dorso-ant. Querlage	Wendung Extraktion	Stirbt später ab				gut	Mm. hand- teller- groß		
116. No. 485 38 J. alt	9 Partus (1×Gemini) 0 Abort	Plac. praevia Gemini. 1. und 2. Schädellage	Perforat. der vorlieg. Plac. Wendung Extraktion	†† Nicht lebens- fähig	45 cm 35 cm			schlecht	Mm. hand- teller- groß		Wochenbett normal
117. No. 849 35 J. alt	2 Partus 1 Abort	Plac. praevia lateralis 2. Schädellage	Hystereuryse Forceps	†				fehlen	Mm. 5 Mk.- Stück groß		Wochenbett normal
1907/1908 118. No. 5 42 J. alt	11 Partus 0 Abort	Plac. praevia centralis 1. dorso-ant. Querlage	Wendung Extraktion	lebt				gut	Mm. 5 Mk.- Stück groß		Wochenbett normal
119. No. 120 24 J. alt	3 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis 2. Schädellage	Blasenspreng. Spontane Geburt	†				schlecht			Wochenbett normal
120. No. 183 31 J. alt	5 Partus 0 Abort	Plac. praevia Gemini 1. Schädellage 2. Fußlage	Blasenspreng. Wendung und Extrakt. des 1., Extrakt. des 2. Zwillings	leben							Wochenbett normal

Nummer Journal-nummer Alter	Zahl der früheren Geburten	Diagnose	Therapie	Kind lebend oder tot	Kind Größe und Gewicht	Letzte Menstruation	Datum der Niederkunft	Stand der Geburt bei Ankunft Kindl. Herztöne	Stand der Geburt bei Ankunft Mütterl. Weichteile	Dauer der Geburt	Ausgang für die Mutter
121. No. 189 37 J. alt	5 Partus 0 Abort	Plac. praevia centralis 2. Querlage	Wendung nach Braxton Hicks Spät. Extrakt.	†					Mm. für 2 Finger durchgängig		Exitus durch Anaemie
122. No. 336 32 J. alt	3 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis 1. Schädellage	Hystereuryse Spontangeb.	lebt					Mm. 3 Mk.-Stück groß		Wochenbett normal
123. No. 355 19 J. alt	0 Partus 0 Abort	Plac. praevia later. partial. 1. vollständ. Steißgeb.	Sprengen der Blase	lebt							Wochenbett normal
124. No. 378 35 J. alt	9 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis 2. Schädellage	Hystereuryse Wendung Extraktion	lebt							Wochenbett normal
125. No. 411 35 J. alt	7 Partus 0 Abort	Plac. praevia centralis 1. Schädellage	Perf. der Plac. Wendung Extraktion	lebt					Mm. handteller-groß		
126. No. 417 25 J. alt	5 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis Querlage	Hystereuryse Wendung Extraktion	lebt Stirbt bald ab				gut	Mm. für 2 Finger durchgängig		Wochenbett normal
127. No. 468 36 J. alt	7 Partus 0 Abort	Plac. praevia partial. later.	Wendung nach Braxton Hicks	†				leise	Mm. 1 Mk.-Stück		Wochenbett normal

No. 469 40 J. alt	0 Abort	centr. total. 2. dorso-ant. Querlage	Wendung Extraktion	lebt					Mm. hand- teller- groß		Wochenbett normal
129. No. 524 32 J. alt	8 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis 1. Hinter- hauptslage	Sprengen der Blase Spontangeb.	lebt					Mm. 3 Mk.- Stück groß		Wochenbett normal
130. No. 626 25 J. alt	4 Partus 0 Abort	Plac. praevia partialis 2. dorso-post. Querlage	Wendung Extraktion	†		Anfang III	11. XII.	fehlen	Mm. fast völlig erweit.		Wochenbett normal
131. No. 638 36 J. alt	11 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis 2. Querlage	Wendung Extraktion	lebt				schlecht	Mm. fast völlig erweit.		Wochenbett normal
132. No. 722	8 Partus 0 Abort	Plac. praevia marginalis 2. Schädellage	Wendung Extraktion	lebt		15. IV.	22. I.	verlang- samt	Mm. klein- hand- tellergroß, gut dehnbar		Wochenbett normal
133. No. 731 35 J. alt	3 Partus 1 Abort	Plac. praevia partialis 1. Schädellage	Hystereuryse Forceps	lebt. Stirbt bald ab	35 cm	Anfang VIII	28. I.	schwach	Mm. für 2 Finger durch- gängig		Wochenbett normal
134. No. 816 25 J. alt	1 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis 2. tiefer Quer- stand	Blasenspreng. Forceps	lebt				gut	Mm. fast völlig erweit.		
135. No. 835 29 J. alt	4 Partus 0 Abort	Plac. praevia totalis abgewichene Steißlage	Hystereuryse Wendung Extraktion	lebt				gut	Mm. für 2 Finger durch- gängig		Wochenbett normal

Nummer Journal-nummer Alter	Zahl der früheren Geburten	Diagnose	Therapie	Kind lebend oder tot	Kind Größe und Gewicht	Letzte Menstruation	Datum der Niederkunft	Stand der Geburt bei Ankunft Kindl. Herztöne	Stand der Geburt bei Ankunft Mütterl. Weichteile	Dauer der Geburt	Ausgang für die Mutter
136. No. 909 30 J. alt	6 Partus 1 Abort	Plac. praevia lateralis 2. Hinterhauptslage	Sprengen der Blase Spontangeb.	lebt				gut	Mm. fast völlig erweit.		Wochenbett normal
1908/1909 137. No. 4 28 J. alt	3 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis 2. Schädellage	Wendung nach Braxton Hicks Extraktion	lebt							
138. No. 84 23 J. alt	3 Partus 0 Abort	Plac. praevia	Wendung Extraktion	lebt Stirbt bald ab		Anfang XII	Ende IV	leise	Mm. für 2 Finger durchgängig		Wochenbett normal
139. No. 92 28 J. alt	3 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis	Hystereuryse Wendung Extraktion	lebt					Mm. 5 Mk.-Stück groß		Wochenbett normal
140. No. 117 27 J. alt	8 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis 2. Hinterhauptslage	Sprengen der Blase Wendung Extraktion	lebt				gut	Mm. handtellergroß		Wochenbett normal
141. No. 120 21 J. alt	2 Partus 1 Abort	Plac. praevia lateralis Schädellage	Wendung nach Braxton Hicks Extraktion			Ende XI	10. V.	fehlen			Wochenbett normal
142. No. 125 38 J. alt	11 Partus 0 Abort	Plac. praevia 1. Schädellage	Hystereuryse Wendung Extraktion	† währ. Geburt		Anfang VIII	12. V.	sehr schlecht	Mm. 5 Mk.-Stück		Wochenbett normal

143. No. 158 26 J. alt	4 Partus 0 Abort	Plac. praevia 2. dorso-post Querlage	Hystereuryse Wendung Extraktion	†		Ende X	22. V.	schwach	Mm. 5 Mk.- Stück groß		Wochenbett normal
144. No. 171 29 J. alt	5 Partus 1 Abort	Plac. praexia totalis 1. Schädellage	Wendung Extraktion	lebt		Mitte IX	26. V.	gut	Mm. hand- teller- groß		Wochenbett normal
145. No 250 41 J. alt	6 Partus 0 Abort	Plac. praevia 2. Fußlage	Herabholen eines Fußes Extraktion	lebt	46 cm	Ende XI	24. VI.	gut	Mm. 5 Mk.- Stück groß		Wochenbett normal
146. No. 358 36 J. alt	10 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis sin.	Hystereuryse Wendung	lebt	46 cm			gut	Mm. 2 Mk.- Stück groß		Wochenbett normal
147. No. 411 21 J. alt	1 Partus 0 Abort	Plac. praevia lateralis 1. Schädellage	Sprengen der Blase Spontangeb.	lebt	42 cm 4½ Pfd	24. XII.	16 VIII.		Mm. 3 Mk.- Stück groß		Wochenbett normal
148. No. 472 25 J. alt	3 Partus (1 normal) (2 Forceps) 0 Abort	Plac. praevia lateralis 1. dorso-ant. Querlage Nabelschnur- vorfall	Hystereuryse Wendung Extraktion Perforat. am nachfolg Kopf	†				langsam und unregel- mäßig	Mm. 3 Mk.- Stück groß		Wochenbett normal
149. No. 519 38 J. alt	9 Partus 6 Aborte	Plac. praevia later. sin. 2. dorso-post. Querlage	Wendung nach Braxton Hicks Langs. Extr.	† nach Geburt an Lebens-schwäche		Anfang II	19. IX.	gut	Mm. 3 Mk.- Stück groß		Wochenbett normal

noch 53 Fälle von Placenta praevia übrig, bei denen sich die Frauen am Ende der normalen Gravidität befanden und die Kinder bei Ankunft des Arztes noch lebensfähig waren. Es wurden hierbei 44 lebende, 9 tote Kinder geboren. Das gibt 17% tote oder 83% lebende Kinder.

Um über den näheren Verlauf der Geburten noch etwas einzugehen, sei folgendes gesagt:

In den meisten Fällen wurde an die Ausstoßung des Ballons gleich die Wendung und Extraktion angeschlossen. Es war dies 65 mal der Fall, also in 78,6%.

Unter den übrigen Frauen waren acht, bei denen eine Schädellage des Kindes bestand, derart, daß der Kopf zangengerecht im Becken stand. Es wurde hier also in 9,6% die Zange gemacht.

Endlich kamen noch 10 Fälle zur Beobachtung, bei welchen nach Ausstoßung des Hystereurynters die Spontangeburt abgewartet werden konnte. Also in 12%.

Dies waren die Resultate für die Kinder. Wie ergeht es nun den Müttern bei Hystereurysenbehandlung?

In 67 Fällen verlief das Wochenbett vollkommen normal, also in 80,7%.

In 15 Fällen traten im Puerperium Fiebertemperaturen auf. Sie dauerten nur 1—2 Tage und beeinflußten das Allgemeinbefinden nicht sehr. 2 Fälle kommen dabei nicht in Betracht, da hier schon vor der Geburt anderweitige fieberhafte Erkrankungen bestanden. Ferner ein Fall, bei welchem die Hebamme vorher untersucht hatte. Es bleiben somit nur 12 Fälle = 14,8% mit geringen Fiebersteigerungen.

In 2 Fällen erfolgte der Tod der Mutter. Also 2,4% mütterliche Mortalität. Der eine Fall kann dabei unmöglich der Placenta praevia zur Last gelegt werden. Es war hier ein schweres Vitium cordis vorhanden. Nach der Geburt trat unter den Zeichen stärkster Dispnoe der Exitus ein. Diese Frau war den Anstrengungen der Geburt nicht gewachsen, auf welche Weise diese auch immer eingeleitet werden mochte. Bei der zweiten Frau erfolgte der Tod auf Grund einer unklaren Pyaemie.

Fassen wir die Zahlen noch einmal zusammen, so erhalten wir:

Mortalität der Mütter = 2,4%
„ „ Kinder = 17%

auf Grund der poliklinischen Resultate.

Es sind dies die günstigsten Ziffern für die Mutter sowohl als für die Kinder, die bis jetzt mit einer Methode erreicht worden sind.

Sprengen der Blase und Spontangeburt.

Im 13 Fällen genügte die einfache Blasensprengung als Therapie bei Placenta praevia, also bei 8,6%. Nach derselben stand die Blutung und da entweder Mutter und Kind ganz wohl waren, oder das Kind schon abgestorben, so daß man auf dasselbe keine Rücksicht mehr zu nehmen hatte, so konnte die Spontangeburt abgewartet werden. In allen diesen Fällen war, wie die Tabelle zeigt, eine Placenta praevia lateralis-Diagnose. Das Kind befand sich stets in Geradlage. Am häufigsten, nämlich in 7 Fällen, wurde eine 2. Schädellage gefunden. Viermal kam 1. Hinterhauptslage, zweimal Steißlage vor.

Bei den Müttern ereignete sich hier ein Todesfall infolge des vorangegangenen zu starken Blutverlustes. Hier kam die Hilfe für Mutter und Kind zu spät.

In 2 Fällen waren einige Tage geringe Temperatursteigerung zu beobachten. Die übrigen Wochenbetten verliefen ganz normal.

Wenn also auch die einfache Blasensprengung nur in einer geringen Prozentzahl angewendet werden kann, so zeigen doch die gewonnenen Resultate, daß zunächst immer ein Versuch damit gemacht werden könnte.

Blasensprengung und künstliche Entbindung.

Wenn nach Blasensprengung die Blutung noch nicht stand, die mütterlichen Weichteile aber genügend erweitert waren, um den kindlichen Körper passieren zu lassen, so wurde die künstliche Entbindung sogleich angeschlossen. Es fand dies in 35 Fällen, also in 25% der Placenta praevia-

Fälle, statt. Die Art des Eingriffes richtete sich nach dem Tastbefund. Bei Querlage oder Schädellage mit nicht eingetretenem Kopfe wurde Wendung und Extraktion geübt, bei unterer Endlage die einfache Extraktion, bei Schädellage mit zangengerechtem Kopfe die Zange. In 21 Fällen wurden lebende Kinder erhalten. 7 Fälle scheiden hier aus, da die Kinder tot oder nicht lebensfähig waren.

Somit bleiben 75% lebende Kinder.

Das Wochenbett verlief in 31 Fällen ganz normal, also in 85,8%. Zweimal trat Fieber auf. Einmal bestand Pneumonie. Dieser Fall scheidet aus. Es bleibt also ein Fall mit Temperatur im Wochenbett = 2,8%.

In 2 Fällen trat der Tod ein. Einmal bestand Eklampsie. In dem andern Fall starb die Frau an ihrem Blutverlust. Beide Fälle lassen sich nicht weiter verwerten.

Braxton Hicksche Wendung.

In 19 Fällen wurde die Braxton Hicksche Wendung ausgeführt. Diese Zahl ist zu gering, um als bedeutender Faktor für und wider die Methode verwandt werden zu können. Immerhin gibt sie im Zusammenhang mit den andern Zahlen ein ungefähres Bild.

Unter den 19 Geburten befanden sich 4 lebende Kinder. Rechnen wir wieder die toten und die nicht lebensfähigen ab, es sind dies im ganzen 8, so behalten wir 11 Geburten mit 4 lebenden Kindern. Es ergibt dies 36% lebende Kinder oder 64% tote. Es ist dies fast die gleiche Prozentzahl, wie sie Sellheim bei seinem großen Material fand. In 18 von 19 Fällen war das Wochenbett ganz normal, also in 94%.

Eine Frau ging an dem starken Blutverlust zu Grunde, also 5% mütterliche Mortalität.

Diese Zahlen beweisen auch im kleinen wieder, daß bei Braxton Hickscher Wendung die Schonung des Kindes zu gering ist, andererseits auch die Mortalitätsziffer der Mutter höher ist als bei Behandlung mit Hystereuryse.

Zieht man nun das Ergebis aus den bei der Tabelle gefundenen Werten, so muß man zu folgendem Schluß kommen:

Die Hystereuryse bessert die Aussichten für das kindliche Leben bei Placenta praevia in einer so hohen Weise, daß nun über 80% lebende und lebensfähige Kinder erhalten werden können, im Gegensatz zu andern Methoden, bei denen fast ebensoviel Kinder geopfert werden.

Die Gefahren für die Mutter sind dabei nicht gesteigert, sondern es ist im Gegenteil die Mortalitätsziffer der Mutter auch geringer als bei anderen Eingriffen.

Die Erfahrungen der Breslauer Poliklinik beweisen dabei, daß die Hystereuryse nicht ein nur in der Klinik brauchbares Verfahren ist, sondern im Gegenteil auch unter den allerungünstigsten Verhältnissen der allgemeinen Praxis, wie sie z. B. bei der poliklinischen Bevölkerung einer Großstadt herrschen, gut ausführbar ist.

Sie kann somit als Therapie der Placenta praevia jedem Geburtshelfer nicht dringend genug empfohlen werden.

Es sei mir zum Schluß meiner Ausführung gestattet, auch an dieser Stelle Herrn Oberarzt Dr. Hannes für seine gütige Anregung, sowie Herrn Geheimrat Professor Dr. Küstner für die Überlassung des Materials meinen besten Dank auszusprechen!

Literatur.

Ahlfeld: Über Placenta praevia. Verhandl. d. Deutschen Ges. für Gynäk. 1897.

Armanet: Ätiologie und Behandlung der Blutung während Schwangerschaft und Geburt. Zentralbl. f. Gynäk. No. 27 1908.

Baisch: Die Therapie der Placenta praevia und der Eklampsie. Münch. Mediz. Wochenschrift No. 3 1909.

Esch: Luftembolie bei Placenta praevia. Zentralbl. f. Gynäk. No. 39 1908.

Fießler: Zur Behandlung der Placenta praevia. Münchener Mediz. Wochenschrift No. 4 1909.

Freund: Über Placenta praevia. Zentralbl. f. Gynäk. No. 10 u. No. 31 1908. Münch. Mediz. Wochenschrift No. 4 1908.

Füth: Zur Behandlung der Placenta praevia in der allgemeinen Praxis. Zentralbl. f. Gynäk. No. 12 1907.

Gellrich: Inaugural-Dissertation, Breslau 1909.

Hammerschlag: Über die Behandlung der Placenta praevia. Mediz. Klinik 1908 No. 17.

Hannes: Hystereuryse oder Braxton Hicks. Zentralbl. f. Gynäk. No. 42 1908.

— Was leistet die moderne Therapie bei Placenta praevia? Zentralbl. f. Gynäk. No. 3 1909.

— Methode und Erfolge der Hystereuryse bei Placenta praevia. Mediz. Klinik No. 28 1908.

— Beiträge zur Anwendung der Hystereuryse. Verhandl. der Deutschen Gesellschaft f. Gynäk. 1905.

Henkel: Die Therapie der Placenta praevia. Archiv f. Gynäk. Band LXXXVI. 3.

Herbinet: Des hémorrhagies dans l'insertion vicieux du placenta. Zentralbl. f. Gynäk. No. 26 1908.

Hofmeier: Placenta praevia. Verhandl. d. Deutschen Gesellschaft f. Gynäk. 1897 und 1898.

Keilmann: Habilitationsschrift, Breslau 1898.

Krönig: Behandlung der Placenta praevia. Zentralblatt für Gynäkologie No. 46 1908.

Küstner: Placenta praevia. Verhandl. der Deutschen Gesellschaft f. Gynäk. 1897 und 1905.

Nyhoff: Bericht über Erfahrungen der Groninger Klinik bei Placenta praevia. Zentralbl. f. Gynäk. No. 43 1908.

v. Reding: Über die Ergebnisse der Behandlung der Placenta praevia im Frauenhospital zu Basel 1896—1906. Zentralblatt f. Gynäk. No. 18 1908.

Schatz: Über Placenta praevia. Verhandl. der Deutschen Gesellschaft f. Gynäk. 1897.

Sellheim: Die Gefahren der natürlichen Geburtsbestrebungen bei Placenta praevia und ihre Verminderung durch den extraperitonealen Uterusschnitt. Zentralbl. f. Gynäk. No. 40 1908.

Treub: Die Methode von Bonnaire bei Placenta praevia. Zentralbl. f. Gynäk. No. 43 1908.

Zweifel: Beitrag zur Behandlung der Placenta praevia. Zentralbl. f. Gynäk. No. 20 1908.

— Über Gefahren und Behandlung der Placenta praevia. Münch. Mediz. Wochenschrift No. 48 1907.

Lebenslauf.

Ich, Margarete Friedrich, evang. Konfession, wurde am 13. Juli 1884 als Tochter des Kaufmanns Leo Friedrich und seiner Ehefrau Anna in Breslau geboren.

Ich gehöre, wie meine Eltern, dem Preußischen Staate an.

Meine erste Schulbildung erhielt ich auf der Höheren Töchterschule des Fräulein Schlott, welche ich Ostern 1900 verließ, um die Gymnasialkurse des Mädchengymnasiums zu besuchen. Darauf wurde ich Ostern 1904 dem Königl. Friedrichs-Gymnasium zur Ablegung des Abiturientenexamens zugewiesen und erhielt dort das Zeugnis der Reife.

Darauf studierte ich 10 Semester lang Medizin an der Breslauer Universität.

Die ärztliche Vorprüfung bestand ich am 28. Juni 1906, die ärztliche Staatsprüfung beendete ich am 24. Mai 1909.

Vom 1. Juni bis 1. Oktober 1909 war ich Medizinalpraktikantin im Pathologischen Institut zu Breslau. (Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Ponfick.) Den Rest des praktischen Jahres verbrachte ich im evang. Diakonissenhaus zu Marienburg W.-Pr. (Leiter: Dr. Haak.)

Während meines Studiums besuchte ich die Vorlesungen folgender Herren Professoren und Privatdozenten:

Anschütz, Bonhöffer, Brefeld, Biberfeld, Czerny, Dienst, Flügge, Filehne, Garrè, Groenouw, Hasse, Hinsberg, Hannes, Hürthle, Küstner, Küttner, Kükenthal, Krause, Ladenburg, Ludloff, Lesser, Lummer, Meyer, Müller, Neisser, Ponfick, v. Strümpell, Stern, Schubert, Uhthoff, Winkler, Zieler, Ziegler.

Allen meinen verehrten Lehrern spreche ich an dieser Stelle meinen tiefgefühlten Dank aus!